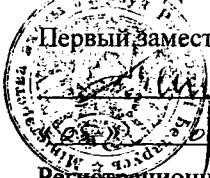


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

«УТВЕРЖДАЮ»
Первый заместитель Министра
 Д.Л. Пиневич
20 13 г.
Регистрационный № 047-0412

**МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ
ОРГАНОВ ПРИ СОЧЕТАНИИ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ У
ЖЕНЩИН**

Инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов
медицинский университет»

АВТОРЫ: д.м.н., проф. Т.С. Дивакова,
Е.А. Мицкевич

Витебск, 2013

В настоящей инструкции по применению представлен метод диагностики и лечения пролапса тазовых органов при сочетании с недержанием мочи у женщин на основе применения сетчатых протезов из полипропилена. Настоящая инструкция по применению предназначена для врачей-акушеров-гинекологов, врачей-урологов, врачей-проктологов, иных врачей-специалистов организаций здравоохранения, оказывающим помощь пациенткам с пролапсом тазовых органов и недержанием мочи.

Применение сочетанных подходов к хирургическому лечению пациенток в модификации позволяет сократить стоимость лечения на 20-30%. Отдаленные результаты лечения показывают высокую эффективность использования синтетических сетчатых протезов.

Область применения – акушерство и гинекология.

Перечень необходимого оборудования, лекарственных средств, изделий медицинской техники

1. Аппарат для ультразвукового исследования с возможностью 2-D и 3-D режимов.

2. Лекарственное средство натурального женского полового гормона, улучшающий трофику тканей, репаративные процессы слизистой – эстриол (свечи 0,5 мг, крем 1 мг/г).

3. Лекарственное средство, снижающий тонус гладкой мускулатуры мочевыводящих путей, увеличивающий функциональную емкость мочевого пузыря – солифенацин (таблетки 5 мг).

4. Лекарственное средство, расширяющий сосуды, улучшающий кровоснабжение тканей – дипиридамола (таблетки 25 мг).

5. Синтетический сетчатый протез из полипропилена, предназначенный для реконструкции фасции переднего и/или заднего отдела таза.

6. Синтетический сетчатый протез из полипропилена для



восстановительной хирургии 10×15 см.

7. Набор инструментов для хирургических вмешательств на тазовом дне: игла Эммета, корнцанги, иглодержатели, расширители Гегара, зеркала Дуайена, подъемники Отта, скальпель, ножницы, анатомические и хирургические пинцеты, маточный зонд, зажимы Алиса, зажимы Кохера, иглы. Шовный материал: капрон, ПГА, полипропилен. Шприц 20 мл, катетер Фолея, раствор NaCl 0,9%, раствор эпинефрина 0,1%, мазь левомиколь, иодонат.

8. Обеспечение анестезии в ведении врача-анестезиолога-реаниматолога.

Применение метода показано пациенткам с пролапсом тазовых органов в сочетании со стрессовым/смешанным недержанием мочи.

Противопоказания к проведению метода: воспалительные заболевания органов малого таза; выраженная атрофия слизистой влагалища, декубитальная язва; беременность или не реализованная детородная функция; экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации; индивидуальная непереносимость лекарственных средств; противопоказания к анестезии.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

I этап

Диагностика вида, стадии пролапса тазовых органов и недержания мочи

1. Жалобы на чувство тяжести внизу живота, выпячивание влагалища, шейки матки через вульварное кольцо в покое и при напряжении, недержание мочи, затруднение дефекации и недержание кала, газов.

2. Анамнез: тяжелый физический труд; быстрые и стремительные роды, роды крупным плодом, послеродовые разрывы влагалища и

промежности; хронические заболевания, связанные с повышением внутрибрюшного давления (хроническая обструктивная болезнь легких, запор), заболевания, ассоциированные с синдромом дисплазии соединительной ткани (нейроциркуляторная дистония, пролапс митрального клапана, деформация позвоночника, «гипермобильный синдром», расширение вен, телеангиоэктазии, нефроптоз и дистопии почек, грыжи различных локализаций).

3. Анкетирование: тест диагностики типа и степени недержания мочи (в собственной модификации), дневник мочеиспускания.

Тест диагностики типа и степени недержания мочи

Необходимо отметить вариант ответа на следующие вопросы

№	вопрос	да	нет
1	Бывают ли потери мочи при физической нагрузке, в каких случаях?		
	а) кашель, чихание		
	б) ходьба, бег		
	в) в покое		
2	Бывает ли у Вас внезапный нестерпимый позыв к мочеиспусканию?		
3	Сколько гигиенических прокладок в сутки Вы вынуждены менять?		
	а) до 2 прокладок		
	б) 2–4 прокладки		
	в) более 5 прокладок		
4	Связаны ли Ваши проблемы с наступлением менопаузы?		
5	Как часто Вы посещаете туалет в течение дня?		
	а) до 5 раз		
	б) 6–10 раз		
	в) более 10 раз		

6	Сразу после мочеиспускания моча продолжает выделяться каплями?		
7	Как часто Вы посещаете туалет ночью?		
	а) 1–2 раза		
	б) 3–4 раза		
	в) более 5 раз		
8	Бывает ли позыв к мочеиспусканию сразу после посещения туалета?		
9	Если Вы начали мочиться, можете ли остановить поток мочи?		
10	Осложняют ли проблемы с мочеиспусканием Вашу жизнь?		

Интерпретация результатов

Стрессовая инконтиненция	положительные ответы – 1,6,10; отрицательный ответ – 9
Ургентная инконтиненция	положительные ответы – 2,4,7,8,10
Степень недержания мочи	1,3,5,7 – а) легкая степень; 1,3,5,7 – б) средняя степень; 1,3,5,7 – в) тяжелая степень.

Дневник мочеиспускания

<i>Время (отметить пробуждение и отход ко сну)</i>	<i>Выпито жидкости (мл), какой</i>	<i>Объем выделенной мочи (мл)</i>	<i>Недержание мочи, его интенсивность</i>	<i>Обстоятельства недержания мочи (покой, чихание, кашель, ходьба, бег)</i>	<i>Смена прокладки</i>	<i>Нестерпимый позыв к мочеиспусканию</i>
Всего:						

Интерпретация результатов

Необходимо оценить дневной и ночной диурез,

продолжительность ночного сна. Объем выпитой жидкости и ее вид, время потребления напрямую влияют на частоту и объем мочеиспускания. Оценка суточного объема мочи, соотношения дневного и ночного диуреза позволит провести дифференциальную диагностику с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, эндокринными, патологией почек. Эпизоды недержания мочи при чихании, кашле, ходьбе или беге свидетельствуют о стрессовом недержании мочи. Эпизоды нестерпимых позывов к мочеиспусканию свидетельствуют об ургентном недержании мочи. Интенсивность физической нагрузки, сопутствующей инконтиненции указывают на стрессовый компонент и степень тяжести недержания мочи: потери мочи при кашле, чихании – легкая степень, при ходьбе и беге – средняя степень, в покое – тяжелая степень. Частота смены гигиенических прокладок указывают на степень недержания мочи: до 2 – легкая степень, 3–4 – средняя степень, более 5 – тяжелая степень.

4. Объективное исследование. Оценивается размер влагалища, состояние слизистой и характер выделений; наличие рубцовой деформации влагалища и уретры; положение уретры и шейки мочевого пузыря; наличие и форма цистоцеле и уретроцеле; наличие и степень ректоцеле; положение шейки матки и тела матки; определяется расположение и подвижность шейки мочевого пузыря по отношению к симфизу; исследуется подвижность шейки мочевого пузыря и матки при напряжении; определяется произвольное выделение мочи при кашле и натуживании; пальпируется и оценивается сократительная способность m. levator ani во время произвольных сокращений. Осмотр дополняется функциональными пробами: «кашлевой пробой», тестом Бонни, стрессовым тестом.

5. Лабораторное исследование: мазок на флору из уретры, влагалища, цервикального канала, мазок на степень чистоты влагалища,

посев из V на флору и чувствительность к антибиотикам; общий анализ крови; общий анализ мочи; анализ мочи по Нечипоренко; посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам.

6. Инструментальное исследование: ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, УЗИ почек, цистоскопия (по показаниям).

7. Консультация врача-уролога, врача-проктолога (по показаниям).

8. Формулировка диагноза. Вид и стадия пролапса тазовых органов определяется по классификации POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification, International Continence Society(ICS)).

Недержание мочи определяется по классификации ICS. Для оценки выраженности стрессового недержания мочи применяется классификация T.A.Stamey.

Ультразвуковое исследование органов малого таза

При помощи трансабдоминального исследования определяется взаимоположение мочевого пузыря, уретры и тела матки, положение органов малого таза при выполнении пробы Вальсальвы.

Показатели топографии органов малого таза

Критерии	Здоровые женщины	Пациентки с пролапсом гениталий и стрессовым недержанием мочи
Угол инклинации уретры в покое (2D режим)	$42,7 \pm 2,7^\circ$	$65,6 \pm 7,5^\circ$
Угол инклинации уретры при	$24,3 \pm 5,7^\circ$	$75,4 \pm 3,6^\circ$

натуживании (2D режим)		
Задний уретро-везикальный угол в покое (2D режим)	$99 \pm 9,2^\circ$	$126,9 \pm 9,4^\circ$
Задний уретро-везикальный угол при натуживании (2D режим)	$127,2 \pm 7,2^\circ$	$109,7 \pm 6,3^\circ$
Объем мочи при первом позыве к мочеиспусканию (2D режим)	$180,2 \pm 20,7$ мл	$109,7 \pm 39,3$ мл
Остаточный объём мочи (2D режим)	$15,5 \pm 4,1$ мл	$23,2 \pm 3,1$ мл
Диаметр проксимального отдела уретры (3D режим) (при подозрении на несостоятельность внутреннего сфинктера уретры)	$1,13 \pm 0,11$ см	$1,71 \pm 0,42$ см
Толщина внутреннего сфинктера уретры (3D режим) (при подозрении на несостоятельность внутреннего сфинктера уретры)	$0,49 \pm 0,09$ см	$0,29 \pm 0,07$ см

II этап

Предоперационная подготовка

С целью улучшения результатов оперативного лечения при пролапсе гениталий проводится предоперационная подготовка: эстриол – свечи 0,5 мг, крем 1 мг/г местно в течение 14 – 28 дней; дипиридамол – таблетки 25 мг внутрь 3 раза/день в течение 1 месяца.

При пролапсе гениталий в сочетании со смешанным или ургентным недержанием мочи терапия дополняется солифенацином –

таблетки 5 мг внутрь 1 раз/день до 2 месяцев.

III этап

Оперативное лечение

На III этапе выполняется хирургическое лечение, устранение патологии тазового дна с использованием синтетических сетчатых протезов из полипропилена, предназначенных для данной зоны тела, реконструкции фасции переднего и/или заднего отдела таза в собственной модификации. При сочетании пролапса тазовых органов и недержания мочи проводится одномоментная коррекция патологии тазового дна.

Объем оперативного вмешательства в зависимости от вида пролапса тазовых органов и нарушений функции смежных органов

	диагноз	объем операции
1	Пропалс тазовых органов I – II степени у женщин после 50 лет	синтетический сетчатый протез из полипропилена, предназначенный для реконструкции фасции переднего или заднего отдела таза
2	Пропалс тазовых органов III – IV степени у женщин после 50 лет	синтетический сетчатый протез из полипропилена, предназначенный для реконструкции фасции одновременно переднего и заднего отдела таза
3	Пропалс тазовых органов I – IV степени при элонгации шейки матки	синтетический сетчатый протез из полипропилена, предназначенный для реконструкции фасции переднего и/или заднего отдела таза; манчестерская операция
4	Пропалс тазовых органов у женщин до	Сакровагинопексия сеткой полипропилен (лапароскопия или лапаротомия)

	45-50 лет при преимущественном опущении матки	
5	Несостоятельность мышц промежности	Пластика мышц промежности, m. levator ani
6	Стрессовое/смешанное недержание мочи	Уретропексия трансобтураторным доступом сеткой полипропилен в собственной модификации

Примечание: при сочетанной патологии малого таза пункты 1,2,3,4 дополняются пунктами 5,6; в случае сопутствующей патологии матки (миома матки, рецидивирующая гиперплазия эндометрия, эндометриоз) пункты 1,2,4 дополняются влагалищной экстирпацией матки.

Техника операции передний Prolift

Положение на операционном столе типичное для литотомии. Проводится обработка операционного поля. Катетером выводится моча. Выполняется гидропрепаровка передней стенки влагалища. Проводят разрез слизистой оболочки влагалища, отступя 2 см проксимальнее наружного отверстия уретры до переднего свода влагалища. Необходимо рассечь не только слизистую влагалища, но и подлежащую фасцию. Широко мобилизуют заднюю стенку мочевого пузыря с вскрытием клетчаточных пространств запирательных пространств. Идентифицируют tuber ossis ischii. Далее под контролем указательного пальца чрескожно при помощи специальных проводников перфорируют мембрану запирательного отверстия в двух максимально удаленных друг от друга местах с проведением стилетов латеральнее arcus tendinous fascia endopelvina.

При стрессовом недержании мочи выполняют операцию

уретропексия трансобтураторным доступом в собственной модификации.

При помощи проводников, проведённых через полиэтиленовые тубусы троакаров, сетчатый протез оригинальной формы устанавливают под стенку влагалища, расправляют без натяжения и фиксации. Слизистую влагалища ушивают непрерывным швом. Полиэтиленовые тубусы извлекают. Избыток сетчатого протеза отсекают подкожно. Туго тампонируют влагалище на 1 сутки.

Техника операции задний Prolift

Положение на операционном столе типичное для литотомии. Проводится обработка операционного поля. Катетером выводится моча. Выполняется гидропрепаровка задней стенки влагалища, параректальной клетчатки. Проводят разрез слизистой задней стенки влагалища до кожи промежности. Необходимо рассечь не только слизистую влагалища, но и подлежащую фасцию. Далее широко мобилизуют заднюю стенку прямой кишки, вскрывают ишиоректальное клетчаточное пространство, идентифицируют *tuber ossis ischii*, сакроспинальные связки. Через кожу промежности (латеральнее ануса и ниже его на 3 см) троакарами перфорируют сакроспинальные связки на 2 см медиальнее от места прикрепления к *tuber ossis ischii* (безопасная зона). При помощи проводников, проведённых через полиэтиленовые тубусы троакаров, сетчатый протез оригинальной формы устанавливают под стенку влагалища, расправляют без натяжения и фиксации. Слизистую влагалища ушивают непрерывным швом. Полиэтиленовые тубусы извлекают. Избыток сетчатого протеза отсекают подкожно.

При стрессовом недержании мочи выполняют операцию уретропексия трансобтураторным доступом в собственной модификации. Туго тампонируют влагалище на 1 сутки.

Техника операции уретропексия трансобтураторным доступом в

собственной модификации

Сетчатый протез для реконструкции тазового дна размерами 15,0×10,0 см разрезается на 8-10 лоскутов 15,0×1,0 см. Прошиваем концы лоскута 15,0×1,0 см нитью ПГА, отступя от края 0,6 см. С обеих сторон оставляем 2 плеча нити ПГА (короткое плечо длиной 3-4,0 см, длинное плечо 15,0-20,0 см.)

Пациентка находится в положении для литотомии с гиперфлексией в бедренных суставах. Проводится обработка операционного поля. Катетером выводится моча. Для определения точек выхода проводника на внутренней поверхности бедра определяют проведением горизонтальной линии, проходящей на уровне наружного отверстия уретры. Точка выхода инструмента расположена на 2 см выше этой линии и на 2 см кнаружи от паховой складки. Выполняют кожные разрезы 0,5 см. Осуществляют гидропрепаровку передней стенки влагалища. Передняя стенка влагалища захватывается двумя зажимами Алиса на 1 см ниже наружного отверстия уретры. Далее выполняется срединный разрез слизистой и подслизистой передней стенки влагалища на протяжении 2,0 см. Острым и тупым путем проводится диссекция тканей. В результате формируется ход к верхней части седалищно-лонного сочленения. Необходим визуальный контроль сводов влагалища, что позволяет избежать перфорации его стенок.

Идентифицируется латеральный край седалищной кости между указательным пальцем, введенным в латеральный свод влагалища и большим пальцем, помещенным напротив запирательного отверстия. Оба плеча нити ПГА проводятся через ушко иглы Эммета. Проводник (игла Эммета) погружается в сформированный канал одноименной рукой с одноименной стороны. Инструмент проводится к запирательному отверстию и перфорирует его. Для безопасного проведения иглы можно

использовать со стороны влагалища желобоватый зонд. Ручка проводника смещается параллельно саггитальной оси. Благодаря одновременному вращательному движению конец инструмента появляется в области бедренного разреза на поверхности кожи. После появления конца иглы Эммета над кожей короткое плечо нити ПГА выводим из ушка иглы. Игла освобождена, выводится из канала.

Аналогичная процедура проводится с другой стороны. Подтягиванием нити ПГА с 2-х сторон регулируем натяжение слинга. После установления ленты 1,0 – 15,0 см из полипропилена под уретрой дефект слизистой влагалища восстанавливается наложением непрерывного шва ПГА. В мочевого пузырь вводится 200,0 физиологического раствора. Пациентке предлагается чихнуть несколько раз. При отсутствии выделения мочи из уретры натяжение протеза считается достаточным, при появлении мочи – проводится дополнительное натяжение сетчатого протеза. На кожные разрезы – отдельные капроновые швы.

В послеоперационном периоде необходима ранняя активизация пациенток со 2-х суток, антабактериальная, инфузионная и симптоматическая терапия. Тампон и катетер извлекаются через 1 сутки. Срок пребывания в стационаре после хирургических вмешательств на тазовом дне 5 – 9 дней. Временная нетрудоспособность – до 30 дней.

IV этап

Послеоперационный период

На IV этапе с целью улучшения заживления послеоперационной раны назначается: эстриол – свечи 0,5 мг, крем - 1 мг/г местно в течение 14 дней; дипиридамол – таблетки 25 мг внутрь 3 раза/день в течение 30 дней; солифенацин от 2 месяцев по 5 – 10 мг ежедневно при смешанном недержании мочи до 6 месяцев с постепенным снижением дозы при

ургентном недержании мочи. Устранение пролапса гениталий и недержания мочи через 1, 2 и 6 месяцев после хирургического вмешательства свидетельствуют об эффективности лечения.

Возможные осложнения и методы их устранения

Ранение мочевого пузыря, уретры, кишечника, сосудов малого таза – требует ушивания тканей, катетеризации мочевого пузыря, тампонирования влагалища, по показаниям консультация хирурга, уролога, проктолога.

Обструкция мочевых путей. Острая задержка мочеиспускания связана с чрезмерным натяжением петли. Коррекцию возможно провести в первую неделю послеоперационного периода путем рассечения импланта над уретрой. Хроническая задержка мочеиспускания может быть связана с воспалительными заболеваниями нижних мочевыводящих путей, не диагностированными ранее аномалиями развития, стриктурой уретры вследствие ранения в ходе операции. Необходима консультация уролога для выбора консервативной или оперативной тактики лечения.

При инфекции мочевых путей – в послеоперационном периоде назначается антибактериальная терапия препаратами широкого спектра.

Остеомиелит лонных костей – назначается антибактериальная терапия.

Болевой синдром – назначается физиотерапия, нестероидные противовоспалительные препараты локально и системно.

Эрозия и неполное заживление стенки влагалища – хирургическое иссечение импланта.

Ургентность de novo – назначение солифенацина не менее 2 месяцев.

Аллергические реакции, побочные проявления – отменить введение препарата, назначение антигистаминных препаратов.

Библиотека ВГМУ



0 0 0 2 2 5 6 8